الفصل الثامن عشر

علاج المشكلات المتعلقة بالتغاير الجنسى

Problems related to Sexual variation Treatment

A. J. Chalkley أ . ج . شالكلى

الفصل الثامن عشر
علاج المشكلات المتعلقة بالتغاير الجنسى

أ. ج. شالكلى A. J. Chalkley

مقدمة

لم يكن العلاج فقط هو الاستجابة الوحيدة التى استثارتها المشكلات المتعلقة بالتغاير الجنسي. ويبدو أن لبعض أساليب التدخل جوانبها المعوقة والمؤديه إلى العجز (الصدمات الكهربائية، والعلاج الهرمونى، والجراحات التصحيحية على سبيل المثال)، ويؤدى العلاج فى حد ذاته مع بعض أنماط التغاير الجنسى إلى احتمال التدخل فى حقوق الشخص للمضى فى حياته بالطريقة التى يختارها. ويمكن النظر إلى قضيه العلاج بشكل منطقى، إذا ما استمر الاهتمام متجهًا فقط لما يحاول الأخصائيون الأكلينيكيون والمرضى تحقيقه، على أن يظل موضوع الانشغال هو المحور الواضح دائمًا فى الذهن. ويجب أن لا يتوقع من الشخص أن يكون راغبًا في التخلص من جنسيته المثلية. غير أنه قد يكون من ناحية أخرى مهمومًا للغاية من قيامه بمبادرة قهرية نحو شاب يصغره بعشرين عامًا، وبالتالى يخاطر بمستقبله (McConaghy et al., 1981) وغالبا ما يريد أغلب الاخصائيين الأكلينيكين العمل مع قلق هذا الشخص، حول جنسيته المثلية، والصعوبات التى يعانى منها للتحكم فى سلوكه القهرى، اذا لم يكن انجذابه متجها نحو الرجال الآخرين.

وهذا التمييز بين التغاير الجنسى والمشكلات، التى ترتبط به أحيانًا عُرض فى الفصل السابق. وقد ذُكر أنه في الوقت الذى يوجد فيه قبول عام لتبولوجيا للتغاير الجنسي، فإن هذه التبولوجيا غير مُرضية من عدة جوانب. وبدلاً من التوقف عندها، مضى الفصل فى التعامل مع قضايا التقييم من خلال الفئات الست للانشغال المشتقة من المصادر الأكلينيكية، وإن كانت غير صادقة وفق أى طريقة منهجية جيدة. وسيعاد عرض هذا التناول هنا مرة أخرى. وفى القسم الثانى من هذا الفصل ستعطى أهميه إلى أى أساليب العلاج يبدو أنها الأكثر ملاءمه لكل مجال من مجالات الانشغال. وقد تتطلب بعض أساليب التدخل مناقشه أكثر تفصيلاً. وقد تم تغطية هذه المناقشات فى القسم الثالث، ويتناول القسم الأول نتائج الدراسات المنشورة.

نتائج الدراسات المنشورة

لاشك أن كل نمط من أنماط الانشغال يتشكل عادة بوصفه متغيرًا تابعًا فى نتائج التراث، ذات العلاقة، ولهذا فغالبا ما يكون من الصعوبة القول؛ أى علاج يفيد، وأيه لا يفيد مع كل فئه. ودعنا نحدد على انفراد المتغيرات الماليه والعلاجية. ويصبح السؤال عند هذه النقطة، هو إلى أى مدى تكون أساليب العلاج ناجحة فى حد ذاتها.

تعديل أنماط الاستثارة

اعتمدت أغلب الإجراءات التى تناولتها البحوث فى التراث على نظرية التعلم . وكانت أهدافها الأصلية تعديل أنماط الاستثارة. وتعود هذه الاجراءات بصفة عامة إلى فترات ماضية غير بعيدة ، غير أن هناك واحداً أو اثنين من التطورات الحديثة ، مثال ذلك "فقدان الحساسية للتنبيه"[١] (Lopiccolo, 1985). والاثنان اللذان يحتمل أنهما الأكثر شهرة، هما: "إعادة تشريط النشوة الجنسية" [٢] (Marquis, 1970)، و"زيادة الحساسيه التخيلية" [٣] (Cautela, 1967; Cautela and Wisocki, 1971). وسيتم وصفها فيما بعد فى هذا الفصل، وتستخدم بعض التعبيرات الاخرى التى تصف هذه الأجراءات أو تعديلات هذه الأجراءات. وقد وصفت إعادة تشريط النشوه الجنسيه بإعتبارها "تشريطًا عكسيًا" [٤] (Jackson, 1969)، وعلى أنها تشريط للأستثارة [٥] (Keller and Goldstein, 1978)، وعلى أنها "تدريب على الاستمناء" [٦] واعتبرت "زيادة الحساسية التخليلية" علاجًا تنفيريًا [٧] (Callahan and Letienberg, 1973). ولكنها اعتبرت حديثًا مناقضه لذلك. (McConaghy et al., 1981). مع قصر العلاج التنفيرى على الصدمات الكهربائية [٨]، ومثيرات القيىء [٩] والروائح غير الطبية.

وكانت التقارير المبكرة حول إعادة تشريط النشوة الجنسيه مشجعه، غير أنه بدأ التعبير عن القلق نحوها على أسس مختلفه فى السنوات الاخيره من السبعينيات. وكانت أغلب التقارير حولها عباره عن تقييم لحالات فرديه أو تقارير لحالات فرديه متعدده. يضاف إلى ذلك أن الدلائل كانت قليلة عندما كان هذا العلاج يقيم بإستخدام المقاييس السلوكيه والفسيولوجيه شديده الصرامة. (Conrad and Wincze, 1976). وقد قدمت عده تفسيرات حول لماذا يبدو الأسلوب أقل فعاليه عما كان واعدا به فى البدايه. وفى الطريقة الاصليه كان ماركيوز Marquis يطلب من المريض ان يقوم بالاستمناء مستخدما أيه تخيلات يجد أنها أكثر إثاره له (وذلك بافتراض انه سيستخدم تخيلات شاذه) ثم يتحول إلى تخيلات اكثر ملائمه عند اللحظة التى يشعر فيها بعدم امكان وقف اقتحام النشوة. وقد اشار كيلر وجولدشتين Keller and Goldstein (1978) إلى ان ذلك عباره عن تشريط عكسى لأن المنبه غير الشرطى [١٠] (وهو الاستمناء) يتلو المنبه الشرطى (التخييلات الأكثر ملائمه) مثيران لجدل حول أن نموذج التشريط غير العكسى كان اكثر فعاليه فى النظريه، وقد قدما إيضاحاً أكلينيكيا باستخدام سياق بديل .

جاءت مشكلة أخرى فى إعادة تشريط النشوة الجنسية من منظور نظرية التشريط التقليدية، أثارها كامين Kamin ، وهى انه إذا جرت محاولة لتشريط منبه شرطى تانٍ بعد تشريط واستقرار استجابه شريطية انفعالية باستخدام احد المنبهات الشرطية (أى سياق يتضمن منبها شرطيًا أول، ومنبهاً

---

(1) Stimulus satiation.
(2) Orgasmic reconditioning.
(3) Covert sensitisation.
(4) Counter-conditioning.
(5) Arousal conditioning.
(6) Masturbation training.
(7) Aversion therapy.
(8) Electric shocks
(9) Emetics.
(10) Unconditional Stimulus (US).

شرطيًا ثانيًا، ومنبهًا غير شرطى) سيتبين أن تقديم المنبه الشرطى بمفرده لا يؤدى إلى حدوث تشريط. ؛ إذ يحدث تأثير إعاقى [1] (Kamin, 1969).

ويوضح كانتوروفيتز (1978) Kantorowitz مشكلات أخرى فى القسم المخصص للمناقشة فى دراسة مماثلة ، وهو يعتقد أن المرضى قد يستخدمون تخييلاً آخر منحرفًا "لتعويض" الاستثارة الجنسية ، أو إحساسا انهم حققوا نشوة على الرغم من استخدام تخييل ملائم يعد بالأحرى منبهًا غير جذاب بالنسبة لتفكيرهم. وذكر كريمسدورف وزملاؤه (1980) .Kremsdorf et al دراسة ،نجحوا فيها فى علاج عاشق للأطفال يبلغ العشرين من العمر ، بواسطة أساليب يعتقد أنها تزيل بعض هذه الصعوبات. وكانت الدراسة غير عاديه فيما أوردته من حدوث تحسن على ثلاثة مؤشرات فسيولوجية للنسبة المئوية لقوة الانتصاب لمنبهات شاذة ، وأخرى غير شاذة ، وكمون القذف [٢].

وهناك بعض النتائج المناظرة تستخلص من التراث عن زيادة الحساسية التخيلية ، ومرة أخرى توجد تقارير حول أن العلاج كان ناجحًا مع حالات فردية. وكانت البحوث المبكرة تميل إلى التركيز علي الاجراءات، وحديثًا فقط تحول الانتباه إلى محكات النتائج. وعندما حدث ذلك ، تبين أن هناك دلائل قليلة على أن زيادة الحساسية الكامنة أو أى إجراء آخر ، صمم أوليا لقمع الاستثارة المنحرفة يمكن أن يؤدى إلى إعادة توجه جنسى بعيد المدى. وقد اكتشف على الرغم من ذلك أن زيادة الحساسية التخيلية جيدة ، إن لم تكن أفضل أيضًا ، من الصدمات الكهربائيه على كل المقاييس التى قُيمت بها. وبما أنها الأرخص تكلفه، وتؤدى إلى القليل من الأخطاء ويستطيع الشخص تطبيقها على نفسه بسهوله شديده، وغالبا ما تجعل أغلب المعالجين أكثر راحة ، فقد أصبحت العلاج المفضل ;Callahan and Leitenberg, 1973) Mcconaghy et al., 1981) ، وقد استخلصت هذه النتائج فى مناخ ذى حساسية متزايدة لأية محاولة للتدخل فى حريه الأشخاص وفى النمط الجنسى الذى يختارونه ، طالما لا يؤدى اختيارهم هذا إلى التسبب فى أى أذى يقع عليهم ، أو على غيرهم. (انظر على سبيل المثالDavison, 1997) واستمرار أى أسلوب للقمع فى الثمانينيات ، تطلب بعض الإيضاحات، حول ما حققته هذه الأساليب العلاجية، وما كان متوقعًا منها أن تحققه. ويذكر ماكوناى وزملاؤه (١٩٨١) فى مقال لهم أن بعض الناس قد يرغبون فى الحصول على المساعدة للتحكم فى الدفعات الجنسية غير المرغوبة ، ويؤدى رفض علاجهم فى حد ذاته إلى اعتراضات أخلاقية . وأكثر الإجراءات التجريبية المختبرة فعالية الآن هى زيادة الحساسية التخيلية. ويضيفون على الرغم من ذلك أنه إذا كانت الإجراءات المستخدمه لا تؤدى إلى تغيير توجهات الفرد الجنسيه بل تؤثر فى سلوكه فإن الأمر يتطلب فى هذه الحالة نظرية ، تكون مسئولة لا عن الطريقه التى يؤثر بها العلاج في ما كان يجذب الشخص، بل فى كيف تحدد سلوكه المباشر نحوها. ويؤكد جير وفير Geer and Fuhr (١٩٧٦) على إسهام التشتيت [٣]، كما يقيس ماكوناى وزملاؤه (١٩٨١)Maconaghy et al. الدلائل النفسيه الفسيولوجيه لتدعيم تفسير ، يستخدم تعبير ميكانيزمات "اكتمال السلوك" [٤]، وتعد هذه أمثلة أخرى للمنحى المختلف عن "نظرية الاستثارة المنحرفة" [٥].

---

(1) Blocking effect.
(2) Latency of ejaculation.
(3) Distraction.
(4) Behavior Completion.
(5) Deviant arousal theary.

التغلب على الصعوبات الاجتماعية وصعوبات العلاقات

احتوى التراث على امتداد فترة من الوقت وصفًا للأساليب العلاجية المساعدة ، كما أعتبرت أساليب تعديل أنماط الاستثارة غير مرضية. ويرى الأخصائيون الاكلينيكيون أنه من الضرورى تنمية الأشكال المناسبة للتفاعل الاجتماعى والجنسى ؛ حتى تتاح لأساليب العلاج الأساسية أداء مهمتها (Barlow, 1997) ، وقد قاموا بالتركيز على عدد من القضايا المنوعة ، والتى تتضمن من ناحية تقارير حول النفور من الأعضاء الجنسية الأنثوية ، أو المشاعر السلبية الناتجة عن رؤيه أشخاص عرايا من الجنس الآخر ، وتتضمن من ناحية أخرى أوصافًا للتفاعل الاجتماعى ، الذى يتسم بالتأثير الضعيف والتعبير الصوتى والمناقشات الضعيفة .

ويتضمن عدد من دراسات الحالة تقارير حول استخدام ناجح للتسكين المنظم، والتدريب على المهارات، ويبدو أن هذه الأساليب كانت ناجحة هى الأخرى تمامًا فى زيادة الاستجابات الجنسية التى قيمت باعتبارها ملاءمه (انظر بارلو Barlow 1973) ؛ لمراجعه مبكره للبحوث، ومقالات أحدث لتيرنر وفان هاسيلف Turner and Van Hasself (1979) ، وكراوفورد والن Craw ford and Allen (1979). ومازال هناك اتجاه للنظر إلى هذه الإجراءات على أنها إجراءات مساعدة (بما يعنى انخفاض أهميتها) فى قدر كبير من التراث البحثى، على الرغم من أن البرامج أصبحت ذات منظور أشمل ، خلال العقدين الاخيرين أو حولهما (Barlow, 1990).

وقد أثار مارشال وزملاؤه Marshall et al. (1991) قضية منح الأولوية للصعوبات المعرفية والصعوبات فى العلاقات على مشكلات التباين الجنسى، وقد وصفوا دراستين علاجتين متتاليتين لمرضى استعراضيين قامت بهما مجموعتهما، وتم قياس النتائج بمفاهيم معدلات الانتكاس. وقد جرى التركيز فى الدراسة الأولى (ن = ٤٤، والانتكاس حوالى ٣٥ فى المئة على مدى ثمانى سنوات) على الإستثارة المنحرفة، وتضمنت استخداما للتسكين (١) أو الإغراق (٢) بهدف خفض القلق، وكذلك نمذجه (٣) ولعب ادوار (٤) لتعزيز مهارات الحوار. واستخدم فى الدراسة الثانية (ن = ١٧، ومعدل الانتكاس حوالى ٢٤ فى المئة على مدى أربع سنوات) تسكين تخيلى (٥) واستمر استخدامه، وأوقف التنفير الكهربائى ، وكان مبرر استخدام التسكين التخيلى واضحًا ، حيث كان الهدف منه المساعده على تطوير القدره على التحكم فى الأفكار ، بدلاً من أن يكون بمثابة عقاب للمشاعر المغايرة ، وقد اتجه قدر كبير من الاهتمام لتطوير مهارات التعامل مع التوتر : تدريب توكيدى (٦)، تدبر للتوتر، وإعادة التنظيم الإدراكى، وتدريب على مهارات إقامة العلاقات.

التعامل مع الهوية الجنسية

نوقش فى الفصل السابق تقييم أصحاب التبديل الجنسى ، والذى يتم عند إجراء جراحة التغيير الجنسى. ولا يؤثر كل المرضى فى النهاية إجراء الجراحة. ومن بين أولئك الذين يرغبون

(1) Dessensitisation.
(2) Flooding.
(3) Modeling.
(4) Role play.
(5) Covert dessensitisation.
(6) Assertiveness.

فيها مــن لا يختارون جميعا. وقد وجد كون Conn (1979) خمس عشر دراسة ، نشرت بين عامى ١٩٦٦ و ١٩٧٨ عرضت النسبة المئوية للنتائج الناجحة أو المحايدة لكل حالة. واتجهت الأرقام للارتفاع بوسيط ، يصل إلى ٩٢ فى المئة.

وقد ذكرت دراسه أحدث للتحول الجنسى من الذكورة إلى الأنوثه أن التوافق الجنسى الشامل غالبًا مالا يتغير بواسطة الجراحة. وفى إحدى الحالات كانت نسبة الثلث فقط من بين أولئك ، الذين كان لديهم جهاز مهبلى ، أصبح لديهم أداء مهبلى. ومرة أخرى تم تقييم الثلث على أن لديهم توافقًا جنسيًا جيدًا بعد إعادة تحديد هويتهم الجنسية (Lindemalm et al., 1986). وذكرت دراسة أجريت على أربعين حاله تحويل جنسى من أنوثة إلى ذكورة زيادة فى أمراض الدم المتعلقه بعملية التبويض (Futterweit et al., 1986).

ونادرًا ما تكون جراحات التحويل الجنسى علاجًا نفسيًا، غير أن الاخصائى النفسى سيكون مشاركًا فيها ، وفى الإعداد لها بالضرورة. وسيكون مشاركا أيضًا فى محاولات إعادة تطبيع الاهتمامات الجنسية للمريض وإعادة توجيه دوره أو دورها البيولوجى. وتوجد تقارير حول نجاح هذا المنحى فى بحوث نشرها بارلو وزملاؤه Barlow et al. (1973) وبارلو وزملاؤه (١٩٧٩) ، وتعرض الدراسة الأولى حالة ذكر فى السابعة عشر من عمره ، كان يسعى لتغيير جنسه ، إلا أن طلبه رفض حيث كان الوقت - وفقًا لبعض الاعتبارات - مبكرًا للغاية بالنسبة له لهذا الاجراء. وقد وافق على علاج لهويته الجنسية. ويتضمن التقرير وصفًا حول كيف تغيرت هيئته الجسمية وخصائص صوته ، وتعلم القيام بتخيلات جنسية ذكرية ، وتتضمن الدراسه الثانيه متابعة إيجابية ونجاحًا قائمًا على المقارنة مع مريض آخر أكبر عمرًا بعدة سنوات عن المريض الأول ، وهى تصف أيضًا مريضا ثالثًا ، تخلى عن الهويه الجنسية الانثويه ، مقررا أن يظل ذا جنسية مثلية .

وقد يمكن توقع أن يجد الكثيرون من الأخصائيين النفسيين ، الذين يواجهون فى عملهم بإحالات من هذا النوع، أنفسهم فى نوع ما من المأزق، طالما أن البديل بالنسبة لأغلب المرضى لا يبدو جذابًا تمامًا.

التدخل فى حاله وجود انشغالات معينه

يتناول هذا الجزء فئات الأنشغال التى أقترحت فى الفصل السابق، مقدمًا بعض المقترحات حول أساليب التدخل فيها، والتى يتعين محاولة القيام بها بالنسبة لكل فئة منها. وبعض هذه الأساليب عبارة عن تعديلات لإجراءات ، نوقشت فى مواضع أخرى فى الكتاب، ووصف البعض الآخر بشكل أشمل فى القسم التالى ، الذى يناقش الأساليب العامة والنوعيه للتدخل. ويحتمل أن تقع الانشغالات فى عدد من الفئات المختلفه، ونتيجه لذلك يتعين القيام بعدد من أساليب التدخل المختلفه، ويجب بالإضافة إلى ذلك توقع وجود مشكلات أخرى ، تستهدف فى مجتمع المرضى ، من المحتمل تمامًا أن تكون ذات صلة بالانشغالات الجنسية، مثال ذلك الاضطراب الوجدانى، والشعور بالذنب واليأس.

الاعتماد الزائد على مجال ضيق من المنبهات. يعد مجالا مستهدفًا ، حيث يمكن إعادة تشريط الاستثارة الشبقية (١) بطريقة تتسم بالمزايا. ويجب أن يكون هدف العلاج زيادة عدد المنبهات التى تجذب المريض، وليس إحلال أشياء بديلة عن هذه المنبهات. ويتضمن هذا الإجراء أساسًا تقييمًا للخصائص الجذابة فى كل منبه (أى تحليلا للمنبهات المؤثرة أو لخصائصها) ، ثم السعى بعد ذلك لإحداث زيادة

(1) Orgasmic reconditioning

تدريجية فى المجال من خلال التدريب على الاستمناء وتخيلها، أو زيادة المواقف ، التى تتنوع فيها بعض الخصائص وتظل الأخرى ثابتة . وهناك بديل آخر، فقد يوجد متسع لبعض درجات السواء. وعلى الرغم من ذلك يوجد بعض الناس الذين يلاحقون أفكاراً لا يمكن تحقيقها ، ويمكن قبولها باعتبارها حلاً وسطاً ظرفياً. والتحرك نحو مركز مجتمع أوسع يمكن أن يحسن من فرص تحقيق المريض لمتطلباته.

علاقات جنسيه سويه اكثر يبدو أنها عرفت على المدى البعيد أو القريب. فقد يشكو المريض من معوقات اجتماعية أوانفعالية لما يعتقد أنه الحياة الجنسية الملائمة ، وعندما يكون للمريض شريك، فيجب ان يكون هدف العمل مع الاثنين هو الآتى :

١- تيسير فهم المعوقات ٢- المساعدة على إزالتها ، من خلال الحصول على تعهدات بالقيام بتغييرات محددة ، والقيام بمواجهة معرفية للمعتقدات. ٣- المساعدة على التعبير والتواصل بين المشاعر. ٤- تحديد الأنماط السلبية للتفاعل ، وهذه المقترحات مأخوذة عن بانكروفت (1990) Bancroft ، وهى تمثل المكونات العلاجية النفسية المتاحة فى علاج المشكلات الجنسية. ويعد العمل الفردى ضرورياً دائمًا لأسباب أكلينيكية أو عملية. وتتضمن بعض أساليب التدخل الأخرى تسكين القلق الأجتماعى، والتدريب على المهارات الاجتماعية.

وفيما يتعلق بعشاق الأطفال من أصحاب التفضيلات الشبقيه المستقره، ترى إحدى المراجعات أن السياقات البارزة ستتضمن مثالية الطفولة ، والقلق الطاغى حول الجنسية الغيرية مع الراشدين، واعتقاد حول عدم قدرتهم على ممارسه القوه والتحكم فى علاقه راشده. ويتحدد سياق مقابل بين الأشخاص ، الذين يتحرشون بالأطفال بين وقت وآخر ، يتضمن الغضب والامتعاض من التوقعات المدركة فى مجال العلاقات الحميمة، وحيث يحدث التحرش بالأطفال فى ذلك الوقت (Lanyon, 1986).

ويشعر مارشال وزملاؤه (1991) .Marshall et al أن مرضاهم من أصحاب الميول الاستعراضيه دائمًا ما يكون لديهم احساس بأنهم تعرضوا لخداع الاخرين، وهم يعانون من نقص فى العلاقات الدافئة، بما يؤدى إلى مشاعر الحرمان وتتزايد معاناتهم من الامتعاض من حاجتهم ؛ لأن يكونوا كاملين. وتصبح الاستعراضية طريقة للتعامل مع المشاعر السلبية ، ولا تمارس الصلات الاجتماعية على المدى القريب على الأقل بالنسبة لكثير من المرضى. وقد كتب برنارد زيلبرجيلد Bernard Zilbergeld كتابه **الرجال والجنس** لأولئك الرجال ، سواء من لديهم شريكات أم لا (Zilbergeld, 1980). ومن الأجزاء المهمة فيه للرجال ، ممن لا شريكات لهم على وجه الخصوص الموضوعات الخاصة بالاستمناء والتحسس والتبتل والتقشف وتحقيق المرء لاحتياجاته.

وتتجه هذه المناقشات لمساعدة المريض على تحقيق فهم وتقبل لنفسه من الناحية الجنسية. ويرى وارد (1988) Ward انه إذا كانت الاحتياجات المطلوبه (للرجال والنساء) أشياء بسيطة وواقعية ، فستكون بالتالى مفيدة .

وقد بدأت بعض مؤسسات المعاقين بدنيًا فى النظر إلى الاحتياجات الجنسية لأعضائها ووفرت لهم أدوات عمليه لإشباعها.

لدى المريض إنشغالات تتعلق بتفضيل جنسى معين . تظهر المعتقدات حول التفضيلات الجنسية متضمنة فكرة أنها من الأمور التى يصعب تفسيرها، وأنها غير مقبولة ،، وغير معتادة ، وشاذة أو مرعبة. وترتبط انشغالات أخرى بقدر أكبر بمترتبات ونتائج التفضيلات الجنسية.

وقد عولجت أغلب هذه القضايا فى الإطار الإرشادى ، وحيث يتجه التركيز أساساً إلى تقبل الذات، وليس إلى تغيير التفضيلات الجنسية "والارشاد الموجه إلى تقبل الذات ينمى الانفتاح الداخلى والخارجى، والقدرة على التعايش مع عدم اليقين ، مع الاستمرار فى التطور والنمو، وهو يعد من القنوات الأكثر خصوبة للحصول على السكينة " (Sketchley, 1989 a : 249) وقد تحددت قضايا الاهتمام والمساندة تاريخيًا ، من خلال المؤسسات المتخصصة التى نمت خلال السبعينيات (وحتى قبل ذلك) مثل مجموعة العمل القانونية، ومركز بروك الإرشادى، واتحاد البانى، وجمعية بيمونت، وحمله اصحاب الجنسية المثليه (١) للمساواه، وهيئه الشواذ جنسيا (٢)، وتنظيم السحاقيات. وقد اهتم روكلين Rochlin (1985) بقضية بمن يسترشد الشواذ جنسيًا. فقد يكون هناك الكثير من المخاطرة أن يفكر المريض فى الاتصال بمثل هذه المؤسسات المتخصصة. وقد يلجأ الشخص إلى أخصائى أكلينيكى ؛ ليوضح له أى نوع من المساعدة يمكنه أن يحصل عليها ، وكيف يمكنه الاتصال بهذه المؤسسة بشكل جيد. ويحتاج الأخصائيون الأكلينيكيون لأن يألفوا القضايا الارشادية الأخرى، لأنهم بينما يتلقون إحالات معتادة لمرضى ، بهدف إرشادهم حول هذه الموضوعات، إلا إنهم سيواجهون مثل هؤلاء المرضى عندما يقابلون مرضى من افراد مجموعات الأقليات الجنسية لأسباب اخرى. ويتعين أن يتضمن العلاج القضايا ذات العلاقة، التى تظهر خلاله (Beane, 1981) ، وكذلك العوامل التى تؤدى إلى تعقد علاقات الشواذ، والسحاقيات ، والاشخاص من اصحاب الجنسية المزدوجة (٣) ، الذين يعيشون معًا . (Peplau, 1982; Wolf, 1985) وهنا قد يأتى احد الشريكين للعلاج بينما لا يأتى الآخر ، ويعانى بعض الازواج (*) من هؤلاء من غياب مجموعات القواعد التقليدية ، التى تقوم عليها العلاقات، وغيبة الدعم الخارجى، وغياب الدور الجنسى، وأن لديهم الكثير للغاية ليجعلهم يعيشون معًا، من ذلك توقعاتهم حول الكمال.

وقد تزايد تعقد الاحتياجات العلاجيه للرجال الشواذ (٤) ؛ نتيجة لانتشار الإيدز (Morin et al., 1984). وقد تفهم الكثير من الناس ممن هم فى الثلاثينيات من العمر موت اصدقائهم، أو واجهوا بأنفسهم الموت وآثار الضعف الناتج عن المرض. ويحتاج إرشاد الأشخاص المصابين بالإيدز لوضع التطور غير المنتظم للمرض فى الاعتبار، والمرحلة التى تصل اليها استجابة شخص ما لكونه يحمل فيرس المرض (٥) ، أو إصابته بالمرض فعلاً ، فالصدمة أو الصدمة العميقة التى يتعرض لها، ومشكلة توافقه، والتفريغ اللفظى للمشاعر، والتقبل، واستعادة الشخص لإحساسه أنه متحكم فى نفسه، مستخلصًا الدلالات، متخذا القرارات، والاستعدادات لمواجهة الموت. ولا تتطور هذه المراحل فى نسق منطقى بالضرورة (Miller, 1986; 1987) ، وقد لخص سكتشلى Sketchley (1989 b) هذه القضايا ، وقدم أيضًا طرقًا لمساعدة العميل المقاوم ، الذى تكون استجابته معقدة نتيجة لتقديره لذاته.

انشغال العميل بتفضيل جنسى معين . عندما يكون لدى العميل انشغال ، ستوجد قضايا مهمة يتعين وضعها فى الاعتبار، إذ على الأخصائى الأكلينيكى أن يقرر أيهما (الشريك أو المريض) هو الأكثر انشغالاً والاكثر إذعانًا للتغير، ومن منهما الذى يقابله، وإلى أى مدى يمكن صياغة الصعوبات للشريكين

(*) المقصود هنا بالأزواج سواء زوج وزوجة ، أو أى اثنين من الجنس نفسه يعيشان معًا

(1) Homosexuals.
(2) Gays.
(3) Bisexual.
(4) Gays.
(5) Hiv.

بوصفها مشكلة تتعلق بعلاقتهما ، وليس بوصفها مشكلة شخصية. وقد يكون من الأفضل البدء بالإرشاد أثناء فترة علاج الشريكين ، وحيث يحتمل ظهور قضايا التفضيلات الجنسية المعينة (Annon, 1974) ويتضمن هذا الإرشاد ١- توفير قدر معين من المعلومات حول أن الأذواق والتفضيلات الجنسية من الأمور المألوفة. ٢- مساعدة الشريكين على محاولة الحديث عنها. ٣- خلق مناخ يتسم بالسماح والطمأنينة الملائمة . ٤- الكشف عن كيفية إدماج جوانب التخييل والسلوك فى الحياه الجنسية للشريكين. وقد يحتاج الشريك مساعدة إضافية ؛ ليتمكن من فهم لماذا يتضمن تفضيل جنسى معين معنى غير سار. وقد يبدو لزوجة أن المريض يريد إنهاء علاقتهما ، أو أنه يعرضها للمهانة ، وقد يرتبط ذلك بسياقات من ماضى الشريك أو يكون بمثابة رمز لقضايا أشمل (غير جنسية) وأكثر انحرافًا فى العلاقة بينهما ، أو يتضمن خصائص (مثل غيظ أو عنف أو إلحاح قهرى) يشجع الشريك على النظر الى سلوك شريكه على أنه مرضى، وقد يحتاج زوج أو زوجة لأن تقول "لا" لهذه الأنشطة التى تظل مثيرة للخوف أو التقزز. وقد يشعر الأخصائى الأكلينيكى أو لا يشعر أن المريض يحتاج لمساعدة فردية ، وعلى الرغم من ذلك، قد يكون من المفيد فى بعض الأحيان عدم مقابلة الزوجين معا فى البداية ، على أن يكشف لهما عن انشغالاتهما المشتركة بعد ذلك معًا.

عدم اليقين والصعوبات المتعلقة بالهويه الجنسية. يأتى المريض مزدوج الجنسية إلى الأخصائى النفسى ، معبراً عن عدم يقينه من هويته الجنسية الحقيقية. وتقرير أن الشخص ليس فى حاجة لأن يكون غيرى الجنسية أو مثلى الجنسية يؤدى إلى ترك قضية كيف يستطيع المريض الحياة بجنسية مزدوجة دون حل ،على الرغم من أن ذلك يسمح بالانتقال من قضية واحدة كبيرة إلى عدد من المشكلات الأصغر ، التى تستثير أسئلة مثل أى نوع من العلاقات يريد المريض استكشافها، وكيف ترتبط هذه العلاقات بالأهداف البعيدة . وأحيانا ما يأتى أحد مرضى التحول الجنسى ، أو تبديل الزى سائلاً المساعدة ؛ لكى يعيش عضوًا فى المجموعه الجنسية التى اختارها، وقد يكون ذلك تمهيدا أو اعدادًا لجراحة تغيير جنسى. وسيكون من المفيد أن يعرف الأخصائى النفسى شيئًا عن الجوانب المختلفة لخصائص سلوك الجنس ، الذى يرغب المريض فى التحول إليه. وكان هذا موضوعًا لاهتمام كيسلر وماكينا Kessler and Mckenna (1978). كما قدم ياردلى Yardley (1976) دراسة حالة ، قامت فيها معالجة انثى بمساعدة مريض تحويل جنسى من الذكورة إلى الأنوثة بتدريبه على عديد من المهارات الاجتماعية على امتداد فترة علاج، امتدت لاثنتين وعشرين جلسة علاجية ، مدة كل منهما ساعة ، تم خلالها تغطية الموضوعات الخاصة بحركة الجسم والرأس والتعبيرات الوجهية وايقاع الجسم وهيئته والإيحاءات والنظرات والصوت وسلوك المغازلة والتفاعل الاجتماعى بصفة عامة. ويوكد برايرلى Brierley (1979) الذى يحتوى كتابه على مناقشه لتدبير مسلك المريض المتحول ، ومبدلى الزى على الإضافه التى يقدمها أخصائى التجميل، وأخصائى علاج الكلام. والمريض الذكر الذى يسعى لكى يُنظر إليه على أنه أنثى ، لديه صعوبات تتعلق بأدوات التجميل وغيرها ، يتعين أن يتغلب عليها قبل أن يُعترف به كامرأة . وهو يحتاج لمعرفة أى نوع من الملابس والمكياج يجب أن يستخدم شخص فى عمره وبنيته الجسمية. ويرى برايرلى Brierley أن الحصول على تدريب بواسطة محترفين لتطوير الطبقة العليا من الصوت يحتمل أن يكون أكثر فعالية من العلاج الهرمونى (وهو يعتقد أن المرضى يضعون أهمية زائدة على العلاج بالأستروجين (1) مع تجاهل مخاطره الممكنة عليهم).

(1) Oestrogen.

ويرى بانكروفت Bancroft (1990) أن الدور المزدوج لأصحاب الجنسية المثلية ، أو مبدلى الزى أحيانًا ما يكون بديلاً مقبولاً عن التحويل الجنسى الكامل. وهو يرى من خلال خبرته أن هناك تباينًا منتظمًا أحيانا ما يوجد فى هوية أصحاب التحويل الجنسى، وهو يشير أيضًا إلى أن الشخص قد يمارس - على وجه الخصوص - الضغط من أجل التحويل الجنسى ، اذا ما كان شريكه يجد أن فكرة العلاقة المثليه معه غير مقبوله.

صعوبه التحكم فى الدفعات القهريه . هناك حاجه للكشف عن أسباب السلوك القهرى ، والذى يمكن أن يكون بمثابة نوع من الحساسية. مثال ذلك أن المؤلف رأى رجلاً يشعر أن التوقف عن العراك مع الأولاد الصغار ، الذين ينجذب لهم سيكون بمثابة دليل على جبنه ، وأن معاناة الجبن يؤدى إلى المرض العقلى، وبالتالى إلى الإيداع فى المستشفى. ويحدد ذلك مضمون التدخل الذى يتجه إلى التعامل مع المشاعر ، وليس إلى التحكم فى الدفعة القهرية. ولا يقل عن ذلك أن يكون هدف التدخل هو وقف السلوك (الذى تحدثه هذه المشاعر ، على الرغم من عدم تأثيرها فى جاذبية السلوك). وفيما يلى عدد من الإجراءات العامة ، التى يمكن أن يقدمها الأخصائى النفسى الأكلينيكى لمساعدة مريض ، يرغب فى التوقف عن سلوك يرى أو ترى أنه يمثل مشكلة : مراقبة الذات (١) فى المواقف والظروف ،التى تكون الدفعات القهرية فيها قوية ، طرق التحكم فى الذات (٢)، وزيادة الحساسية الداخلية (٣) . ويجب أن يفكر المعالج أيضًا فى استخدام التنفير الشمى (٤)، طالما أنه أسلوب يتضمن إجراءات يستطيع المريض، وليس المعالج، التحكم فيها واستخدامها حسب متطلبات الموقف. وقد وصف مالتزكى وجورج Maletzky and George (1973) استخدام حمض الناردين (٥) ؛ للمساعدة على زيادة الحساسية الداخلية ، وهما يوضحان أن هذا الحمض كان يستخدم عادة فى صناعة العطور واضافة المذاق والمستحضرات الصيدلانية ، وقدما قائمة بمزاياه، ومنها أنه ليس مادة كاوية (٦) ، ورخيص ، ويسهل الحصول عليه ، ولالون له ، ويمتص كحامض فى كرات من القطن والصوف ، ويحفظ فى زجاجات حبوب دوائية. ويأخذ المريض شمة ، عندما يشعر أن الموقف يتطلب ذلك. وقد تبنى مارشال Marshall (1974) فكرة ، اقترحها عليه راخمان S.J. Rachman ، وهى استخدام الأملاح ذات الرائحة .

التدخلات العامة والنوعية

كان عنوان هذا الجزء من الطبعة السابقة لهذا الفصل "الأساليب المعرفية والسلوكية". وبينما يمكن الأعتراف أن أفضل الأساليب المعرفية واجهت اعتراضات عملية وأخلاقية ، لم تعرض بصورة كاملة، فإن التفكير بتعبيرات الأساليب يمكن أن تكون له صفة عقابية وغير ودية ، لا تمثل ميزة فى حد ذاتها. ولهذا أسقطت الكلمة. ويحتاج التدخلان الآخرين من بين التدخلات الأربعة المقدم لها وصف هنا (التدخلين النوعيين) فى إستخدامهما ، ان يكون هذا الاستخدام إلى جانب علاجات أخرى ، واستخدامهما بمعزل عن أى علاج آخر يؤدى إلى نتيجة مجدبة .

---

(1) Self-monitoring.
(2) Self-control.
(3) Covert senstisation.
(4) Olfatory aversion.
(5) Valeric acid.
(6) Non-corrosive.

علاج "اطار الصدع العقلى"

تحدث جاجنون وسيمون Gagnon and Simon عن " إطار الصدع العقلى" [١] ، وحيث ينظر من خلاله إلى الظاهرة الجنسية على " أن الفاعل الجنسى يعيش فى حضارتنا فى انفصال فصامى ، عن الحياة غير الجنسية " حيث يشعر أن دفعاته الجنسية مستقله (Gagnon and Simon, 1973 : 285) ويستمران فى القول أنه ينظر إلى الدفعات الجنسية الآن بأعتبارها حافزاً [٢] طبيعياً على الرغم من أن تعبير حافز قد يكون مضللا، وعلى أى الأحوال ، فإن قوه هذا الحافز دائماً ما يكون - من وجه نظرهما أيضاً - مبالغاً فيها.

وقد يميل الأخصائيون الأكلينيكيون الذين يعتمدون على علم نفس الطباع [٣] ، وعلم النفس المقارن لأن يروا ما يحدث على أنه اضطراب فى وظائف طبيعية [٤]. والخطورة هنا فى ذلك ، هى أن الصياغة ستتجه لجعل المشكلة الجنسية فى معزل ، وستمنح اهتمام غير كافٍ على وجه الخصوص لعالم المرضى (Plummer, 1984) ، وسيكون الخطر أكبر لأن مرضى التغاير الجنسى يميلون على أى الأحوال لأن ينظر اليهم على أنهم معزولون وبالتالى يحتاج الأخصائيون النفسيون لوضع الخبرة الجنسية للمريض فى سياق ما حدث فى حياته ككل. وقد سئل روث Rooth (1980) مرضاه من أصحاب القهر الجنسى ، حول مجالات اخرى كان ارتقاؤهم فيها ابطئ أيضاً، أو لديهم صعوبات فى التعامل معها. وقد ذكر أن المريض كان يُدعى لأن يكشف عن الصلات بين سلوكه الجنسى والتغيرات فى حالته المزاجية والبيئية .

وتؤدى صياغة وصفية ، فى مستهل العلاج، تقوم على المجال الكلى للصعوبات ، التى يتم مواجهتها أثناء التقييم إلى توفير خيارات لكل من المريض والمعالج فى إطار عمل أوسع . وقد عبر رجل فى الثلاثينيات من عمره ، خلال الجلسة الخامسة عن المجموعة الآتية من الانشغالات ، التى تقوم على فئات المقابله ، التى أشير اليها فى الفصل السابق :

- الخوف من الكشف عن أسرارى.
- الإحساس بشىء مظلم وقذر داخلى.
- منزعج من تفضيلاتى الجنسية .
- صعوبة التعامل فى مواقف المواجهه.
- شعور بالاستثارة أثناء الوجود مع الناس.
- شعور غير مريح نحو أمى.
- استياء من فصمى لعلاقة حديثة .
- الاحساس بطاقة محبطة داخلى .
- عدم استقرار.
- حالة من النوم والكسل.
- ألم مثير للضيق فى أحشائى .
- إلحاح قهرى قوى لارتداء ملابس مصنوعة من الكاوتشوك.
- إلحاح قهرى للانفصال تماماً عن الناس.

(1) The flawed intellectual framework.
(2) Drive.
(3) Ethology.
(4) Natural functions.

وكان المريض منشغلاً ، لابأن معالجه سيسميه "فتشى كاوتشوكى" ، ولكن لأن العلاج سيكون قاصراً أيضاً على ميوله الفتشية ، كما كان يشعر بالأسى من مشاعره الداخلية غير المريحة. وبإحساسه بالنضال اللانهائى الذى يخوضه للحفاظ على صلاته بالعالم الخارجى. وبالنسبة لهذا الرجل ولآخرين فإن العلاقات المتبادلة حول انشغالات معينة بالصورة ، التى تتذبذب بها عبر الزمن ، تستخدم لإيضاح التداخل فى طبيعه الصعوبات. وأحياناً ما تكون الصلة بين القضايا الجنسية وغير الجنسية هى التى توفر العون، وأحياناً ما يكون القرار المعبر عنه ، هو عدم التركيز على الانشغالات الجنسية للبدء بها ، وهو الأمر الذى يلاقى الترحيب الأكبر.

طرق أخرى لخفض الشعور بالذنب وتعزيز العمل المشترك

كتب بيك وزملاؤه Beck et al. (1979) فى العلاج المعرفى للاكتئاب ، ذاكرين أن "مشكلة المريض الرئيسية " هى التى تصبح أكثر ضغطاً من بين "الأعراض المستهدفه". ويسمح إطار العمل هذا أن يكون هناك بالمثل احتمال أن لدى المريض عدداً من الانشغالات المختلفة ، بدلا من مجرد مشكلة واحدة ، وإن كانت كبيرة مثل الإستثارة المنحرفة. وعلى العكس من تقدير بيك وزملائه ، وعلى الرغم من أن إطار العمل لا يتضمن إشارة معينة لحالة سيكايترية ، أو تاكيداً زائداً على هذه الهويات المسئولة ، مثل الميول الاستعراضية أو الفتشية ... فإن ذلك يترك على أقل تقدير قضية مفتوحة ، تتمثل فى التساؤل حول ما اذا كانت قدرة بعض مرضى التغير الجنسى على عزو ما يشعرون به إلى مرض مثل الميول الاستعراضية ، بدلا من عزوه الى أنفسهم يعد ميزة أم لا.

وينطبق ذلك على بعض أولئك المرضى ، الذين يأتون بمشكلات تتعلق بالهوية الجنسية ، والتى تفهم على أنها تحويل جنسى. ودون هذه التسمية ، لن تكون لديهم طريقة مرضية لتفسير خبرتهم. وقد يجد أفراد فئات أخرى من المرضى أن المصطلحات التشخيصيه غير مفيده على الاطلاق، بل قد يكونوا ممتنين إذا ما توصل الأخصائى الأكلينيكى إلى فهم لكيفية شعورهم بأذواقهم الجنسية الخاصة على أنها تحددت بطرق لا دخل لهم فيها . إن التأكيد على أن شخصاً تفهمهم ، يمكن أن يقلل من الشعور بالذنب، ويفرغ من فهمهم للموقف المكدر حول أنهم أشخاص غير ملائمين ، أو يفتقدون التحكم فى أنفسهم.

وسيرغب الأخصائى الأكلينيكى فى مرحلة مبكرة على الأقل فى تأكيد أن الكيفية التى يفكر بها المريض ويتصرف بها ستظل هى المشكلة. وسيجد أن عليه أن يشير إلى إمكانية إحداث تغييرات ، تتسق مع بعض التغايرات الصغيرة فى العادات والروتين . وإحدى طرق إعادة هذا التشكيل السلوكى هى التركيز على التقييم ، وهناك ثلاث طرق للقيام بذلك ، هى : أ- تقديم توضيح اضافى للمشكلات المستهدفه من حيث أحداثها السابقة واللاحقة . ب- تحديد الهدف والأهداف الفرعية للسماح بمزيد من النجاح خلال العلاج، ومساعدة المريض على تجنب النظر إلى العلاج على أنه يحقق كل شىء أو لا شيئ. ج- جعل المريض يقوم بملاحظة نفسه (١) فى ضوء إمكانية تحقيق أهداف علاجية على المدى القصير ، من خلال "الاستجابية" (٢) ، والرسالة الضمنية فيها للمريض ، هى أن العلاج عبارة عن عمل مشترك.

وأحياناً مايحتاج الأخصائى الأكلينيكى لمساعدة المريض على إدراك أن المشكلة الجنسية من الأمور العادية . وإحدى طرق القيام بذلك هى أن يقدم ربطاً إحصائيًا بين تفضيلات المريض الجنسية ، وبين ما يوجد لدى أناس آخرين سواء فى الجمهور العام ، أو لدى جمهور خاص غير مرضى. والواقع أن

(1) Self-monitoring.
(2) Reactivity.

هناك القليل الذى يعرف حول التفضيلات الجنسية لدى الجمهور العام ، غير أن القدر المعروف كاف للإيحاء أنه حتى بالنسبة لأشكال التغاير الأقل قبولاً من الناحية الاجتماعية مثل الاستعراضية وعشق الأطفال مرتبطة بالأنواق والممارسات الجنسية السوية. وقد نوقشت هذه النقطة فى الفصل السابق. وبينما قد يكون المريض أحد أعضاء مجموعة أقلية ، تعد فى نظره ليست مجتمعًا ذى استجابات غير سوية لبعض الأمور المتطرفة ، إلا أن بلومر Plummer (1981) يصف ما يمكن أن يحدث لمنظمة أقلية غير شعبية مثل "منظمة تبادل المعلومات حول عشق الأطفال" (١).

إعاده التشريط الشبقى

هناك عدد من الإجراءات المختلفة المشتقة من نظرية التشريط التقليدى ، وأكثرها شهرة هى طريقة ماركيوز Marquis لإعادة التشريط الشبقى (Marquis, 1970) ، والطريقة المقدمة هنا تختلف عن طريقة ماركيوز فى عدد من الجوانب ، آخذة فى الاعتبار الحقائق النظرية التالية بالاضافة إلى الأهداف العلاجية. وهى تعتمد على فكرة المزاوجة فى تتابع متدرج بين التخييلات الأكثر توافقًا (م ش٢ (٢)م ع ش، م ش٤ وهكذا) مع الاستمناء (م غ ش) (٣). وهى تفترض أن هناك تخييلاً واحدا غير توافقى ، يستمنى عليه المريض بالفعل : م ش١ ، وينظر إليه على انه مصدر المشكلة بشكل ما، والواقع أنه يحتمل أن يكون هناك أكثر من تخييل واحد ؛ مما يجعل هناك حاجة إلى ابتكار سلسلة من التخييلات الأكثر توافقية حول كل واحد منها. وعلى النقيض من الإجراءات الاخرى للتدريب على الاستمناء، لايتعين على المريض أن يستدعى التخييلات غير التوافقية إلى ذهنه أثناء استمنائه .

وتكون البدايه من خلال إعطاء المريض فكرة عن التشريط بصفة عامة وكيف يؤثر فى الاستجابة الجنسية (والتدريب على الاستمناء مقدم فى هذا الفصل بوصفه طريقة لخفض اعتماد المريض على مجال ضيق من المنبهات) ، وقد يشعر المريض بالقلق أو الذنب لقيامه بالاستمناء (أن يُضبط، أو يفكر أنه مؤذى، أو خطأ، أو غير متأكد من كيفية القيام به) ويغطى كوزينز Cousins (1980) بعض هذه النقاط. ، ويعتقد ماركيوز Marquis (1970) أن استخدام أسلوب للاسترخاء سيكون مفيداً.

ويناقش المعالج المريض كيف يرغب هذا الأخير فى خفض عدد المنبهات التى يجدها، أو تجدها جذابة. ويمكن للمعالج أن يقول شيئًا كالآتى : سيكون لديك بالأستمناء تحكم كامل فيما تتخيله ، وتستطيع أن تختار تخييلاتك المفضلة فى كل وقت ، وستحصل على فكرة أفضل وأفضل عن ما تحبه حقيقة. وقد تختار فى النهايه دائما الشيئ نفسه، وهذا حسن بمعنى ما، غير أن مشاعرك ستكون محدودة . والواقع أن ما تحبه هو شيء خاص جدا بالنسبة لك لعدد من الأسباب المختلفة ، غير أن المرء كثيرا ما ينسى ما هى هذه الأسباب. إن الذى يجذبك أكثر شيء يتسم بالخصوصية ، لأن به أشياء كثيرة جذابة ، ويمكن النظر إلى هذه الأشياء الجذابة بأعتبارها خصائص للمنبه الشرطى الأول م ش ١، ويمكن التفكير فى الخصائص على أنها تقع فى ثلاث فئات :

حسية : وهى خصائص مادية فى الناس أو فى الأشياء، بصرية على وجه الخصوص ، وخصائص لمسية ، مثل : الشكل واللون والبنية .

ظرفية : أحداث تقع للناس أو للأشياء ، أفعال يقوم بها الناس بما فيهم المريض.

---

(1) Paedophile Information Exchange.

(2) CS : conditioned stimulus مش : منبه شرطى

(3) US : unconditioned stimulus م غ ش : منبه غير شرطى

رمزية : وهى سياقات [1]. تسم التخيلات إجمالا، وتربطها ببقية مجالات حياة المريض مثل المرح والمغامرة والمخاطرة والسيطرة والقوة والحماية والخنوع والتحرر، والأمن والرضا الجمالى والمتعة البدنية.

وعند مناقشة المواد التخييلية البديلة ، يطلب من المريض أن يبدأ بالتخيلات الموجودة لديه، وأن يجد غيرها مما يكون له الخصائص العامة نفسها، أو خصائص مشابهة ، تقوم على خصائص معينة فيها أو تعدلها ، إذا تقرر الغاء بعضها أو إضعافه ، وذلك حتى تكون تعويضاً عنها. ويطلب من المريض أن يقوم بالتخيلات حول مواد مختارة ، وعندما تأخذ مكانها فى ذهنه ،عليه أن يبدأ فى الاستمناء. ويتعين تكرار ذلك عدداً من المرات (ربما ثلاث أو أربع مرات) ، قبل أن يصل إلى الدفعة الشبقيه إذا أراد. وهناك أسباب نظرية لافتراض أن عمليات التعلم ستنهار ، إذا قام المريض بإحلال المنبه الشرطى الأول (م ش ١) ، بدلاً من المنبه الشرطى الثانى (م ش ٢) الخ. ويكون الاتفاق على عدم القيام بذلك جزءاً من الاتفاق العلاجى. واذا حدثت صعوبات فى الاستثارة ، أو فى الاستمرار فيها ، فيمكن للمعالج أن يقترح استخدام كريم لتليين الأعضاء الجنسية لجعلها أكثر حساسية للمس، كما يمكن استخدام هزاز (جهاز ذبذبات) [2]، لإحداث انتصاب (Roles, 1972).

وإذا حقق المريض انتصاباً للمنبه الشرطى الأول (م ش ١) ، وليس للمنبه الشرطى الثانى (م ش ٢) إلخ ، فيعنى هذا أن العلاج كان متعجلاً مما يتطلب تجزئته إلى خطوات أصغر. ويتعين العناية بتأكيد القيام بالاستمناء عدد مناسب من المرات. فالإقلال من الاستمناء يقلل من عدد مرات المزاوجة ، ويبطىء من التعلم، والاستمناء الكثير للغاية يقلل من مستوى استثارة المريض عند حدوث المزاوجة .

زياده الحساسيه الداخلية

كما هو الأمر فى حالة إعادة التشريط الشبقى ، يكون من المهم عند زيادة الحساسية الداخلية أن تكون واضحاً فيما يتعلق بهدف العلاج ؛ فبدلاً من وضع هدف تحقيق توجه جنسى كامل ، سيكون التطبيق الأكثر عملية للتدخل هو المساعدة على التحكم فى الدفعات القهرية (McConaghy et al., 1981). ويوضح ذلك للمريض الذى تقال له بضعة أشياء حول التشريط ، وكيف يطبق فى علاجه ، وعليه أن يتخيل فى العلاج المواقف المنفرة لاستحضارها ، حين يستثيره السلوك المعين الذى يرغب أو ترغب فى كفه.

والإجراء الذى يوصف هنا يقتفى تعليمات كوتيلا وفيسوسكى Coutela and visocki (1971) ، ويتفق المريض والمعالج على المواقف ، التى يجب التفكير فى التحكم فى الدفعات القهريه فيها. كما يقرران أيضاً بأى طريقة ستكون هذه المواقف منفرة. وربما يمكن استخدام استبيان لهذا الهدف حول تاريخ الحياه، أو قائمه لمسح المخاوف. ويوردكوتيلا وفيسوسيكى كأمثلة : ألفاظ بذيئه كتلك التى يستخدمها المشاهدون (فى المباريات أو دور السينما الحقيره) ، والتى يعتقلون ويحاكمون بسببها، أو عبارات التأنيب التى يستخدمها معلم محترم. كما يناقش المريض والمعالج أيضاً سلسلة أخرى من المشاهد ، التى يشعر المريض بالسكينة بعد تخليه عن الانغماس فى سلسلة من أفعالها. ويتعين الاعتماد على قائمة تدعيم للأفكار المتعلقة بكيف أن هذه المواقف ستصبح مُرضية ومجلبة للسرور.

وفيما بعد سيلى وصف لمشاهد التنفير، والراحة من زوال التنفير، ووصف كل موقف من هذه المواقف يتراوح بين ١٥٠ إلى ٣٠٠ كلمة. ويطلب من المريض أن يسترخى ، ويقوم المعالج بقراءة حوالى

(1) Themes.
(2) Vibrator.

عشرة مقتطفات تنفيرية (ليس من الضرورى أن تكون العشرة مختلفة) ويحاول المريض فى كل مرة أن يتابع المشهد ، ويعمل المريض والمعالج معًا بعد ذلك على عشر مشاهد أخرى للراحة من زوال التنفير بالطريقة نفسها ، وفيما بين الجلسات التى تكون بمعدل مرتين أسبوعيًا ، يمارس المريض «السياق التنفيرى - الراحة من التنفير» ، ويتعين أن يستمر ذلك لمدة ثلاثة أشهر. وإذا ذكر المريض صعوبات فى التحكم فى المشاهد، يقترح كوتيلا وفيسوسيكى الآتى : ١- أن يتم وصف المشهد بتفصيلات أكثر. ٢- إشراك عدد أكبر من الحواس فى الوصف ٣- يمكن أن يطلب من المريض تركيز انتباهه لخصائص المواقف التى يجدها منفرة أو جذابة. ٤- يمكن استخدام الصور أو ٥- التسجيلات الصوتية التى يمكن تسجيلها خلال الجلسات للاستخدام المنزلى.

وقد يفضل الأخصائيون النفسيون الذين يعارضون علاج التحكم فى السلوك القهرى بهذا الأسلوب ، التركيز على مشكلات أخرى من بين تلك التى يقدمها المريض ؛ لجعلها أهدافًا للعلاج من منظور أن التعامل الملائم معها يؤدى لأن لا يصبح التحكم فى القهر مصدرا للانشغال.

خلاصة

اهتم هذا الفصل والفصل السابق بفحص وعلاج الانشغالات المتعلقة بالتغاير الجنسى. وتقتصر هذه الانشغالات أساساً على تلك الموجودة لدى المرضى، على الرغم من سبق الإشارة إلى الشركاء ، الذين تكون انشغالاتهم مدعاة للعلاج. ولم توضع فى الاعتبار القضايا المتعلقه بالتدبر(1) ، بوصفها مقابلة للعلاج.

وتستطيع المنهجية الجيدة المساعدة على تجنب المزالق الأخلاقية. ويذكر أنه من المهم العمل على أساس وصفى جيد، والبديل عن ذلك يحصر الأخصائى الأكلينيكى فى بعض القوالب النمطية حول مريض التغاير الجنسى ، والتى لا تعد عدلاً بالنسبة للمريض المعين ، رغم أنها تعد قوالب نمطية غيرخطيرة. وعلى أى الأحوال فإن القالب النمطى الحميد ، الذى يستبعد - على سبيل المثال - إمكانية أن يكون الشخص الذى يرتدى ملابس الجنسين بالتبادل يمكن أن يتصرف بطريقة عدوانية ، ويساوى ببساطة بين اللاعدوانية والأنوثة يمكن أن يكون مضللاً مثل غيره (Langevin, 1985) ، وتأخذ الصعوبات الجنسية موقعاً إلى جانب غيرها من الصعوبات.

وقد قطع التراث طريقًا طويلاً منذ البدء بمصادرات حول اضطراب موحد يفسر كل السلوك، وبعيداً عن الصياغات شديدة الضيق ،التى تستخدم تعبيرات نظرية الحوافز (الاستثارة المنحرفة) إلى أن أصبح أكثر تجريبية ووظيفياً. ومما يذكر أن بعض أساليب العلاج ذات الارتباط بدورة المناحى السلوكية مازلت لها اهميتها القائمة حيث يرى المرضى أنفسهم مفرطى الاعتمادية على تخييلات جنسية محددة ، وحيث يرغبون فى تلقى العون للتحكم فى السلوك الجنسى. والقدرة على الإرشاد فى موضوعات معنية يعد أمراً ضرورياً. ومن المطلوب أيضاً تنوعاً من التدخلات المعرفية والسلوكية. وهناك اعتراف متزايد بالحاجه إلى فهم ماضى المرضى وعلاقاتهم الراهنه. وهناك الآن قضايا أخرى متعددة ، يتوفر تقييم لشرعية التركيز عليها، ويؤدى كل ذلك إلى زيادة المطالب ، التى تقع على كاهل المعالج، ولكنها تزيد أمامه الاختيارات العلاجية.

---

(1) Management

References

Annon, J. S. (1974) *The Behavioral Treatment of Sexual Problems. Vol. 1*, Honolulu: Enabling Systems.

Bancroft, J. (1990) *Human Sexuality and its Problems. 2nd edn*, Edinburgh: Churchill Livingstone.

Barlow, D. H. (1973) 'Increasing heterosexual arousal', *Behavior Therapy* 4: 657–71.

Barlow, D. H. (1977) 'Assessment of sexual behavior', in A. R. Ciminero, K. S. Calhoun and H. E. Adams (eds) *Handbook of Behavioral Assessment*, New York: Wiley.

Barlow, D. H., Reynolds, E. J. and Agras, W. S. (1973) 'Gender identity change in a transsexual', *Archives of General Psychiatry* 28: 569–76.

Barlow, D. H., Abel, G. G. and Blanchard, E. B. (1979) 'Gender identity change in transsexuals', *Archives of General Psychiatry* 36: 1001–17.

Beane, J. (1981) 'I'd rather be dead than gay: counselling gay men who are coming out', *Personnel and Guidance Journal* 60: 222–6.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. and Emery, G. (1979) *Cognitive Therapy of Depression*, Chichester: Wiley.

Brierley, H. (1979) *Transvestism*, Oxford: Pergamon Press.

Brownell, K. D. (1980) 'Multifaceted behavior therapy', in D. J. Cox and R. J. Daitzman (eds) *Exhibitionism: Description, Assessment, and Treatment*, New York: Garland STPM Press.

Callahan, E. J. and Leitenberg, H. (1973) 'Aversion therapy for sexual deviation: contingent shock and covert sensitization', *Journal of Abnormal Psychology* 81: 60–73.

Cautela, J. R. (1967) 'Covert sensitization', *Psychological Reports* 20: 459–68.

Cautela, J. R. and Wisocki, P. A. (1971) 'Covert sensitization for the treatment of sexual deviations', *The Psychological Record* 21: 37–48.

Conn, P. (1979) 'Studies in Gender Identity: exercises in the survey and assessment of a sex-change population', unpublished M. Phil. thesis, Institute of Psychiatry, London.

Conrad, S. R. and Wincze, J. P. (1976) 'Orgasmic reconditioning: a controlled study of its effects upon the sexual arousal and behavior of adult male homosexuals', *Behavior Therapy* 7: 155–66.

Cousins, J. (1980) *Make It Happy. What Sex is All About*, Harmondsworth, Middx.: Penguin.

Crawford, D. A. and Allen, D. V. (1979) 'A social skills training programme with sex offenders', in M. Cook and G. Wilson (eds) *Love and Attraction: Proceedings of an Annual Conference*, Oxford: Pergamon.

Davison, G. C. (1977) 'Homosexuality: the ethical challenge', *Journal of Homosexuality* 2: 79–81.

Futterweit, W., Weiss, R. A. and Fagerstrom, R. M. (1986) 'Endocrine evaluation of forty female-to-male transsexuals: increased frequency of Polycystic Ovarian Disease in female transsexualism', *Archives of Sexual Behavior* 15: 69–78.

Gagnon, J. H. and Simon, W. (1973) *Sexual Conduct. The Social Sources of Human Sexuality*, Chicago: Aldine.

Geer, J. H. and Fuhr, R. (1976) 'Cognitive factors in sexual arousal: the role of distraction', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 44: 238–44.

Jackson, B. T. (1969) 'A case of voyeurism treated by counterconditioning', *Behaviour Research and Therapy* 7: 133–4.

Kamin, L. J. (1969) 'Predictability, surprise, attention and conditioning', in R. Church and B. Campbell (eds) *Punishment and Aversive Behavior*, New York: Appleton-Century-Crofts.

Kantorowitz, D. A. (1978) 'An experimental investigation of pre-orgasmic reconditioning and post-orgasmic deconditioning', *Journal of Applied Behavioral Analysis* 11: 23–4.

Keller, D. J. and Goldstein, A. (1978) 'Orgasmic reconditioning reconsidered', *Behaviour Research and Therapy* 16: 299–300.

Kessler, S. J. and McKenna, W. (1978) *Gender: An Ethnomethodological Approach*, Chichester: Wiley.

Kremsdorf, R. B., Holmen, M. L. and Laws, D. R. (1980) 'Orgasmic reconditioning without deviant imagery: a case report with a paedophile', *Behaviour Research and Therapy* 18: 203–7.

Langevin R. (1985) *Erotic Preference, Gender Identity and Aggression in Men: New Research Studies*, Hillsdale N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

Lanyon, R. I. (1986) 'Theory and treatment in child molestation', *Journal of Counselling and Clinical Psychology* 54: 176–82.

Lindemalm G., Korlin D. and Uddenberg N. (1986) 'Long-term follow-up of "sex change" in thirteen male-to-female transsexuals', *Archives of Sexual Behavior* 15: 187–210.

Lo Piccolo, J. (1985) 'Guidelines for treatment of sex offenders', unpublished paper.

McConaghy, N., Armstrong, M. S. and Blaszczynski, A. (1981) 'Controlled comparison of aversive therapy and covert sensitization in compulsive homosexuality', *Behaviour Research and Therapy* 19: 425–34.

Maletzky, B. M. and George, F. S. (1973) 'The treatment of homosexuality by assisted covert sensitization', *Behaviour Research and Therapy* 11: 655–7.

Marquiss, J. N. (1970) 'Orgasmic reconditioning: changing sexual object choice through controlled masturbation fantasies', *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 1: 263–71.

Marshall, W. L. (1974) 'A combined treatment approach to the reduction of multiple fetish-related behaviors', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 42: 613–16.

Marshall, W. L., Eccles A. and Barbaree, H. E. (1991) 'The treatment of exhibitionists: a focus on sexual deviance versus cognitive and relationship features', *Behaviour Research and Therapy* 18: 129–35.

Miller, D. (1986) 'How to counsel patients about HIV disease – those who have it and those who fear it', *Maternal and Child Health* 11: 322–30.

Miller, D. (1987) *Living with AIDS and HIV*, London: Macmillan.

Morin, S., Charles, K. and Malyon, A. K. (1984) 'The psychological impact of AIDS on gay men', *American Psychologist* 39: 1288–93.

Peplau, L. T. (1982) 'Research on homosexual couples: an overview', *Journal of Homosexuality* 8: 3–8.

Plummer, K. (1981) 'The paedophile's progress: a view from below', in B. Taylor (ed.) *Perspectives on Paedophilia*, London: Batsford.

Plummer, K. (1984) 'Sexual diversity: a sociologiocal perspective', in K. Howells (ed.) *The Psychology of Sexual Diversity*, Oxford: Blackwell.

Rochlin, M. (1985) 'Sexual orientation of the therapist and therapeutic effectiveness with gay clients', in J. C. Gonsoriek (ed.) *A Guide to Psychotherapy with Gay and Lesbian Clients*, New York: Harrington Park Press.

Roles, S. (1972) 'A serious look at sexual aids', *World Medicine*, October 4: 17–22.

Rooth, G. (1980) 'Exhibitionism: an eclectic approach to its management', *British Journal of Hospital Medicine* April: 366–70.

Sketchley, J. (1989a) 'Counselling and sexual orientation', in W. Dryden, D. Charles Edwards and R. Woolfe (eds) *Handbook of Counselling in Britain*, London: Routledge.

Sketchley, J. (1989b) 'Counselling people affected by HIV and AIDS', in W. Dryden, D. Charles-Edwards and R. Woolfe (eds) *Handbook of Counselling in Britain*, London: Routledge.

Turner, S. M. and Van Hasselt, V. B. (1979) 'Multiple behavioral treatment in a sexually aggressive male', *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 10: 343–8.

Ward, B. (1988) *Sex and Life, 2nd edn*, London: Macdonald.
Wolf, T. J. (1985) 'Marriage of bisexual men', *Journal of Homosexuality* 11: 135–48.
Yardley, K. M. (1976) 'Training in feminine skills in a male transsexual', *British Journal of Medical Psycholgy* 42: 329–39.
Zilbergeld, B. (1980) *Men and Sex: A Guide to Sexual Fulfilment*, Glasgow: Fontana.